FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1962 N°

714

T H E S E

pour le

D O C T O R A T en M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

G A U V I N Gérard, Gustave

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 1er Septembre 1934, à TUNIS (Tunisie)

Présentée et soutenue publiquement le 1962

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT LOCAL DES OTITES EXTERNES

Président : M. le Professeur AUBRY

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538119_0030

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1962 N°

T H E S E

pour le

D O C T O R A T en M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

G A U V I N Gérard, Gustave

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 1er Septembre 1934, à TUNIS (Tunisie)

Présentée et soutenue publiquement le 1962

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT LOCAL DES OTITES EXTERNES

Président : M. le Professeur AUBRY

1-2-1962 PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

D O Y E N . . . . . Léon BINET
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . Jean VERNE
2ème ASSESSEUR . . . Gaston CORDIER

I. - PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeur titulaires : MM.

Anatomie . . . . . DELMAS (A.)
Anatomie pathologique . . . . . DELARUE (J.)
Anesthésiologie . . . . . BAUMANN (J.)
Biochimie médicale . . . . . JAYLE (M.-F.) / SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports . . . . . CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale . . . . . FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale . . . . . BERNARD (J.)
Embryologie . . . . . GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière) . . . . . N...
Histologie . . . . . VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive . . . . . JOANNON (P.)
Médecine du Travail . . . . . DESOILLE (H.)
Médecine légale . . . . . PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie). . . . . FASQUELLE (R.)
Parasitologie . . . . . GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale . . . . . HUGUIER (J.)
Pathologie exotique . . . . . LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée . . . . . MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale . . . . . MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire . . . . . TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales . . . . . BOUDIN (G.)
Pharmacologie . . . . . CHEYMOL (J.)
Physiologie . . . . . BINET (L.) / BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale . . . . . LEPAGE (F.)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Physique médicale . . . . . { DOGNON (A.) / DJOURNO (A.)
Radiologie médicale . . . . . DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale . . N...
Thérapeutique . . . . . CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale . . . . . { DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale . . . . . BOURLIERE (F.)
Embryologie . . . . . TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive . . . . . DEPARIS (M.)
Parasitologie . . . . . BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale . . . . . LAURENCE (G.)
Pharmacologie . . . . . LEVY (Mlle J.)
Physiologie . . . . . PARROT (J.)
Physique médicale . . . . . KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) . . . . REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais) . . . . . MOUQUIN (M.)

Cliniques chirurgicales .... {
- Beaujon . . . . . LORTAT-JACOB(J.L.)
- Cochin . . . . . LEGER (L.)
- Hôtel-Dieu . . . . . PATEL (J.)
- Pitié . . . . . CORDIER (G.)
- Saint-Antoine . . . . . GOSSET (J.)
- Salpêtrière . . . . . SICARD (A.)
- Tenon . . . . . OLIVIER (Cl.)

Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades) . . . . . FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin) . . . . . MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) . . . . . GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec) . . . . . MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié) . . . . . DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants Malades). . . LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca) . . . . . FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis) . . . . . DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades) CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses(Claude-Bernard). . MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) . . . . . DELAY (J.)

Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales .... Boucicaut	LENEGRE (J.)
Broussais	SOULIE (P.)
Cochin	JUSTIN-BESANÇON(L.)
Cochin	BROUET (G.)
Lariboisière	SEZE (S. de)
Pitié	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladie de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales Baudelocque	LACOMME (M.)
Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale(Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE
Hygiène et clinique de la première enfance	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

MM.

- Anatomie ..... CABROL (C.), COUINAUD (C.), GILLOT (C.), OLIVIER (G.)
- Anatomie pathologique... GAUTHIERS-VILLARS (Mlle P.) pr.s.ch., ABELANET (R.), BUSSER (F.), CHOMETTE (G.), GOUYGOU (C.), m. conf., NEZELOFF (C.), ORCEL (L.), PAILLAS (J.)
- Anesthésiologie KERN (E.), VOURC'H (G.)
- Bactériologie BARBIER (P.), CHRISTOL (D.), LE MINOR (L.), TOURNIER (P.)
- Biochimie médicale ..... BAULIEU Et. m. conf., BOURILLON (R.), CARTIER (P.), DREYFUS (J.C.), GONNARD (P.), KRUH (J.), JEROME (H.)
- Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports PLAS (F.)
- Carcinologie BOIRON (M.), DENOIX (P.), MATHE (G.), SELIGMANN (M.)
- Dermato-Syphiligraphie CIVATTE (J.), DUPERRAT (B.)
- Electro-Radiologie LEDOUX-LEBARD (G.)
- Hématologie .... BESSIS (M.), BILSKI-PASQUIER (G.), DAUSSET (J.), DUHAMEL (G.)
- Histologie ..... COUJARD (R.) pr.s.ch., MAROIS (M.), RACADOT (J.)
- Hydrologie ..... BESANÇON (F.), CORNET (A.)
- Hygiène ..... BOYER (J.) pr.s.ch., BLANCHER (G.), CORRE-HURST (Mme L.), SAPIN-JALOUSTRE (H.)
- Maladies infectieuses BASTIN (R.), DUPONT (V.)
- Médecine légale ..... DEROBERT (L.) pr.s.ch., FOURNIER (E.), GUENIOT (M.), HADENGUE (A.)
- Médecine du travail ALBAHARY (C.)
- Neuro-chirurg. PERTUISET (B.)
- Obstétrique .... GRANJON (A.), HERVET (E.), LE LORIER (G.), LEVY (J.), MORIN (P.), MUSSET (R.), ROBEY (M.), SENEZE (J.), SUREAU (C.), THOYER-ROZAT (J.)
- Ophtalmologie... BREGEAT (P.), DUBOIS (A.), SARAUX (H.)

Orthopédie ..... JUDET (R.)
MEARY (R.)
POSTEL (M.)
RAMADIER (J.)

Oto-rhino-laryngologie ... DEBAIN (J.)
PIALOUX (P.)

Parasitologie... GOLVAN (Y.)
LAPIERRE (J.)

Pathologie chirurgicale ... BARCAT (J.)
BINET (J.P.)
CAUCHOIX (J.)
CERBONNET (G.)
CHATELIN (C.L.)
DUBOST (Ch.)
DUBOST (Cl.)
FAUREL (J.)
FLABEAU (F.)
GARBAY (M.)
BARNIER (H.)
GAUDART d'ALLAINES (Cl. de)
GERMAIN (A.)
LATASTE (J.)
LEVEQUE (B.)
LOYGUE (J.)
MERCADIER (M.)
NATALI (J.)
PELLERIN (D.)
PERROTIN (J.)
ROBERT (H.)
THOMERET (G.)

Pathologie Exotique ..... SCHNEIDER (J.)

Pathologie Expérimentale BENHAMOU (J.P.)
BERTHAUX (P.)
BOIVIN (P.)
CROSNIER (J.)
HARTMANN (L.)
LOEPER (J.)
MAURICE (J.)
MIKOL (Cl.)
RICHET

Pathologie médicale ..... AUSSANAIRE (M.)
BOUVIER (J.)
BRICAIRE (H.)
BRISSAUD (H.)
BROCARD (H.)
BUGE (A.)
CATINAT (J.)
CHRETIEN (J.)
COBLENTZ (B.)
CONTAMIN (F.)
COURY (C.)
ETIENNE (J.P.)
FREZAL (J.)
FRITEL (D.)
HENNEQUET (A.)
HIMBERT (J.)
HOUSSET (E.)
LAROCHE (Cl.)
LESOBRE (R.)
MACREZ (C.
MOREAU (L.)
NICK (J.)
ROYER (P.)
TOURNEUR (R.)
WOLFROMM (R.)

Pédiatrie puériculture .... JOSEPH (R.)
LAFOURCADE (J.)
LEPERCQ (G.)
MANDE (R.)
MOZZICONACCI (P.)
POLONOVSKI (C.)
ROSSIER (A.)
VIALATTE (J.)

Pharmacologie ... BOISSIER (J.)
LECHAT (P.)

Physiologie ..... BARRES (G.)
DEJOURS (P.)
DURAND (J.)
GIRARD m. conf.
HUGELIN (A.)
SCHERRER (J.)

Physique médicale	CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.) m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J. Cl.) TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo-phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Rhumatologie ...	DELBARRE (F.)
Stomatologie ...	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique...	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M. MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique ...	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale ...	ABOULKER (P.) AMFLINE (A.) pr. s. ch. VERNE (J.M.)	Clinique O.R.L.	MADURO (R.)
		Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.), pr. s. ch.

V. - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

MM. BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque . . .	P
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET(F) Mlles LAURENT (H.), LENOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

A notre président de thèse

Monsieur le Professeur M. A U B R Y

Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
à la Faculté de Médecine de Paris.

Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Lariboisière
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

En hommage respectueux

A nos Maîtres

Monsieur le Professeur Agrégé P. PLALOUX
Oto-Rhino-Laryngologiste de
l'Hôpital Lariboisière.

Monsieur le Docteur A. PEROZ
Chef de Service O.R.L.
du Centre Hospitalier de Montfermeil

Monsieur le Docteur R. CLIN
Chef de Service O.R.L. Adjoint
du Centre Hospitalier de Montfermeil

qui nous ont guidé dans l'élaboration
de cette thèse

Avec notre profonde reconnaissance

A nos Maîtres

Monsieur le Docteur BERARD
Chef du Service O.R.L. de l'Hôpital Tenon

Monsieur le Docteur CHARDIN
Chef du Service O.R.L. de l'Hôpital
Intercommunal de Créteil

Monsieur le Docteur J.J. DUMAY
Chef de Service O.R.L. Adjoint de l'Hôpital
Intercommunal de Créteil

A Monsieur le Docteur A. DEBARGE

A Messieurs les Docteurs

BRIANT

GONDOINT

HUGUET

LAFFOLE

VERGNON

O.R.L. du Centre Hospitalier de Montfermeil

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

CONTRIBUTION

AU

TRAITEMENT LOCAL

DES

OTITES EXTERNES

I N T R O D U C T I O N

Le traitement local conserve encore toute sa valeur, à l'heure actuelle, dans les affections auriculaires. S'il ne constitue plus qu'un élément du traitement médical des otites moyennes, aiguës, ou chroniques, il se révèle par contre, dans les otites externes, suffisant dans la majorité des cas.

A)- Pour être efficace, tout traitement d'otite externe doit lutter contre les différents facteurs favorisant le développement de l'infection au niveau du conduit auditif :

a) L'accumulation de détritus cellulaires et du cérumen
b) L'alcalinité du pH cutané
c) L'humidité

Le pH de la peau du conduit auditif externe se situe entre 5 et 7,8. MARCHIONINI avait déjà noté que le revêtement cutané constituait une véritable tunique acide de protection. FABRICANT et PERSTEIN, puis BRANCA et TREMBLE ont montré que le pH cutané du conduit auditif s'élevait et devenait franchement alcalin dans les otites externes.

L'introduction répétée d'eau dans le conduit, les climats chauds et humides favorisent de façon indiscutable le développement des otites externes. Les baigneurs y sont particulièrement sensibles.

B)- L'utilisation des antibiotiques et des sulfamides locaux, associés ou non aux corticoïdes, présente un certain nombre d'inconvénients :

1° Pour obtenir le maximum d'efficacité, il faudrait que le germe soit connu et testé, ce qui supposerait une identification et un antibiogramme avant le traitement de toute affection auriculaire.

2° On a noté le développement de souches sulfamido ou antibiotico-résistantes.

3° L'emploi local de certains antibiotiques peut entraîner le développement d'une certaine sensibilisation.

4° Les corticoïdes en réduisant l'inflammation et les réactions tissulaires, masquent l'envahissement bactérien et exaltent le microbisme lésionnel.

C)- Au point de vue bactériologique, l'étude systématique des prélèvements a montré la fréquence des :

- Pseudomonas aeruginosa
- Staphylocoque doré
- Proteus vulgaris
- Streptocoque vert
- Diphtéroïdes
- Aspergillus

D)- Il semble donc a priori qu'une préparation :

- Acide
- Hygroscopique
- Dépourvue de constituants agressifs ou sensibilisants
- Non spécifique

réunisse la plupart des facteurs permettant de lutter efficacement contre les différentes sortes d'otites externes.

C'est partant de ces diverses considérations que nous avons été amenés à utiliser un complexe d'acide acétique, de propylène glycol, de diacétate de propanediol 1,2 et de chlorure de benzéthonium.

(Spécialisé en France sous le nom de VOSOL)

ETUDE DU VOSOL

A) FORMULE

- Acide acétique ..... 2,2 g
- Diacétate de 1,2 propane diol 2,8 g
- Chlorure de Benzéthonium .... 0,02 g
- Propylène Glycol ..... 94,98 g

B) ETUDE DES CONSTITUANTS

1) l'Acide acétique

Son action sur les otites externes est connue depuis longtemps puisqu'on en trouve la propriété dans un texte médical assyrien.

Diverses solutions ont déjà été proposées :

- Solution aqueuse d'acide acétique
- Solution contenant 5 % d'acide acétique et 95 % d'alcool éthylique, solution présentant l'inconvénient de s'évaporer rapidement.

Bactériostatique, même à de très faibles concentrations, il possède un net pouvoir antibactérien, supérieur à pH égal à celui des acides minéraux tels que l'acide sulfurique.

2) le Propylène glycol

C'est un liquide hydrophile limpide, d'évaporation lente, doué d'un pouvoir inhibiteur égal à celui de l'alcool éthylique sur la croissance et la fermentation des moisissures.

5cc. de Propylène glycol + 0.5 cc de culture.
Sous-culture: 0,03 cc dans 10 cc de bouillon de thioglycolate

	Culture témoin	Temps de contact					
		15"	30"	1'	2'	5'	10'
Staph. aureus	+	+	+	+	+	+	-
A. aerogenes	+	+	-	-	-	-	-
Pseud. aeruginosa	+	+	-	-	-	-	-
Staph. albus	+	+	+	+	+	-	-
Staph. aureus 80/81	+	+	+	+	-	-	-
E. Coli	+	+	+	-	-	-	-
Proteus vulgaris	+	+	+	-	-	-	-
Sal. Anatum	+	+	+	-	-	-	-
Candida albicans	+	-	-	-	-	-	-
B. Subtilis	+	-	-	-	-	-	-

3) Le Diacétate de 1,2 Propanediol

L'association simple du propylène glycol à l'acide acétique n'est pas stable et entraîne la formation d'esters avec élimination d'une ou deux molécules d'eau. L'addition d'un diester, le diacétate de 1,2 propanediol permet de réaliser une combinaison stable.

4) Le Chlorure de Benzéthonium

Sel d'ammonium quaternaire à pH acide doué de propriétés légèrement détersives et mouillantes. Il possède une action germicide propre.

Dilution bactéricide de Chlorure de Benzéthonium en 10 minutes à 37°C.

Salmonella thyphosa	20.000
Escherichia coli	15.000
Micrococcus pyogenes var. aureus..	90.000
Streptococcus pyogenes	100.000
Pseudomonas aeruginosa	4.500
Diplococcus pneumoniae	180.000
Corynebacterium diphteriae	120.000
Neisseria intracellularis	120.000
Neisseria gonorrheae	100.000
Hemophilus pertussis	20.000

C) ETUDE DE L'ACTIVITE ANTIBACTERIENNE ET ANTIFONGIQUE

1) Activité antibactérienne

Absolument remarquable par l'étendue de son spectre et par sa rapidité d'action.

a) Action bactéricide. Pour la déterminer, on a ajouté 0,5 cc d'une culture de 24 h. à 5 cc de VOSOL

	Culture témoin	Temps de contact			
		15"	30"	1'	5'
Staph. aureus	+	-	-	-	-
Staph. aureus hemol.	+	-	-	-	-
Staph. albus	+	-	-	-	-
Strept. mitis	+	-	-	-	-
Strept. pyogenes	+	-	-	-	-
Pseud. pyocyanea	+	-	-	-	-
Proteus vulgaris	+	-	-	-	-
Salm. anatum	+	-	-	-	-

			15"	30"	1'	5'
Salm. typhi	R	+	-	-	-	-
K. pneumoniae	R	+	-	-	-	-
Aerobacter aerogenes		+	-	-	-	-
Diploc. pneumoniae	R	+	-	-	-	-
Microc. pyog. aureus		+	-	-	-	-

+ = Développement dans une sous-culture
- = Pas de développement dans une sous-culture
R = Souches résistant aux antibiotiques.

b) Comparaison entre les concentrations minimales inhibitrices du chloramphenicol et celles du VOSOL.

	Chloramphenicol (en g/cc)		VOSOL (en pourcentage)	
	18 h.	24 h.	18 h.	24 h.
Strept. faecalis	2	2,80	2	2,75
Staph. aureus	3,30	4,50	0,25	0,35
Bacillus subt.	4,20	5,50	0,90	1,20
Eschec. coli	2	2,80	4,50	5,50
Eberth. typhosa	1,80	2,40	4,50	5,50
Proteus vulgaris	2,20	2,80	3,50	5,25
Klebs. pneum.	0,50	0,90	1,75	2,25
Pseud. aerug.	60	80	3,50	5

Il ressort de cette étude que le VOSOL possède une activité marquée sur les différentes bactéries Gram + et Gram - trouvées au niveau du conduit auditif externe. Tout particulièrement important est le résultat obtenu sur le pseudomonas aeruginosa, germe le plus souvent résistant aux antibiotiques.

2) Activité antifongique

Concentrations minima fongostatiques

	Concentration inhibitrice (pourcentage)
Candida albicans (Monilia)	4,15
Nocardia astéroïdes	2,07
Cryptococcus neoformans	4,15
Phiolofora pedrosi	2,07
Trichophyton rubrum	1,03
Trichophyton sulfureum	1,03
Trichophyton mentagrophytes	1,03
Sporotrichum schenki	4,15

D) ETUDE DE LA TOXICITE DU VOSOL

1) Toxicité aiguë par voie parentérale.

Elle a été recherchée par principe chez la souris, mais nous ne la détaillerons pas, le VOSOL étant destiné à un usage externe strict.

2) Essais de tolérance par les téguments.

Il a été procédé à deux séries d'expériences :

a) chez le lapin. Un lot de 6 lapins, pesant de 2,8 kg à 3,4 kg a reçu sur la peau rasée des flancs des applications biquotidiennes (une dans la matinée, l'autre dans l'après-midi) d'un volume de 1 cc de VOSOL, étalé sur une surface de peau d'environ 25 cm2, sur le flanc droit. Sur une même surface de peau du flanc gauche, le même volume de propylène glycol (excipient du VOSOL) a été appliqué.

Les animaux ont reçu 20 applications, en deux séries de 10 (en deux périodes de 5 jours séparées par un repos de 5 jours).

A aucun moment, au cours des applications, ne sont apparus de signes d'irritation cutanée marquée (rougeur, oedème, prurit entraînant le grattage). Les animaux ont été observés pendant 10 jours après la dernière application; la peau a conservé son aspect normal, le poil a commencé à repousser. L'état général des animaux est resté normal pendant et après l'expérimentation. (poids moyen des 6 lapins : au départ 3,1 kg; après l'essai 3,3 kg)

b) chez le rat. Le VOSOL étant destiné à des instillations dans le conduit auditif externe, il nous a paru adéquat d'en contrôler la tolérance dans ses propres conditions d'emploi. A cet effet la solution VOSOL a été instillée dans le conduit auditif du rat.

Un lot de 10 rats, d'un poids moyen de 195 g a reçu, pendant deux périodes de 5 jours séparées par un repos de 2 jours, deux instillations quotidiennes (une dans la matinée, l'autre dans l'après-midi) d'une goutte de VOSOL dans le conduit auditif externe droit. Une goutte de propylène glycol pur était instillée en même temps dans le conduit auditif externe gauche des mêmes rats.

A aucun moment, les animaux n'ont réagi à ces instillations. Aucune agitation ni aucune tendance au grattage de l'oreille n'a été notée à leur suite. Les animaux ont été conservés pendant 10 jours après la dernière instillation. Leur état général est resté normal (poids moyen : au départ 195 g; après l'essai 210 g)

3° Méthode des patchs

Un groupe de 200 femmes reçurent des patchs au VOSOL afin de déterminer s'il se produisait une irritation primaire ou une sensibilisation de la peau.

L'épreuve fut menée de la façon suivante : le dos entier était nettoyé soigneusement à l'alcool (isopropylique à 70%). On imprégnait du produit des carrés de buvard blanc propre, de 3 cm2. On appliquait ceux-ci sur un endroit de la peau qui avait été préparé et on couvrait avec un albuplast. Au bout de 48 heures, on enlevait les patchs et on examinait la peau afin d'y déceler une réaction immédiate, puis 15 minutes plus tard, une réaction retard.

Les tests étaient recommencés 14 jours après le premier en employant la même technique.

Aucune manifestation d'une irritation primaire de la peau ne fut observée avec le patch initial et aucune preuve de sensibilisation n'apparut 14 jours plus tard.

o

o o

E T U D E C L I N I Q U E

1°) - Les applications thérapeutiques du VOSOL ont été étudiées :

- A la Clinique d'O.R.L. (Hôpital Lariboisière) par le Professeur Agrégé PIALOUX.
- Dans le Service d'O.R.L. du Centre Hospitalier de Montfermeil, par le Docteur PEROZ et le Docteur CLIN.

2°) Technique et mode d'emploi :

Après nettoyage soigneux du conduit auditif externe, au porte-coton, on peut :

- soit, mettre en place des mèches imprégnées de VOSOL,
- soit prescrire des instillations,
- soit associer les deux méthodes.

Il semble que, quelle que soit la gravité des lésions constatées, l'on ait toujours intérêt à associer les mèches imprégnées de solution aux instillations, cette association semblant influencer plus particulièrement la rapidité d'action. Dans certains cas graves, une mèche mise en place le matin pourra être humectée 2 à 3 fois dans la journée. Les instillations seront faites 2 à 4 fois par jour et seront de 3 à 4 gouttes en moyenne.

Dans tous les cas, la solution sera réchauffée avant emploi pour obtenir une température voisine de celle du corps.

3°) Action du VOSOL dans les otites externes à "tympan fermé".

Nous envisagerons tout d'abord, le traitement des otites localisées aux parois du conduit auditif externe, en excluant les réactions secondaires à une otorrhée chronique.

L'étude a porté sur :

- 29 cas d'otites externes diffuses
- 11 cas d'eczéma aigu
- 21 cas d'eczéma chronique
- 3 cas de furoncles du conduit.

Observations

A - OTITES EXTERNES DIFFUSES

Obs. 1 - M. BEL..., 12 ans, consulte le 9 janvier 1961 pour une otite externe diffuse gauche, avec sténose oedémateuse ayant résisté à un traitement entrepris depuis une semaine (néomycine-hydrocortisone).

Antécédents : En janvier 1960, on notait déjà une otite externe du même côté qui aurait régressé spontanément en 1 mois environ.

Nettoyage + mèche.
le 10 janvier : diminution de la sténose. Mèche.
le 11 janvier : aspect normal du conduit. Guérison.

Obs. 2 - Mme MAR..., 67 ans, consulte, le 26 décembre 1960, pour une otite externe diffuse secondaire à des manoeuvres de grattage dans un but de nettoyage, avec sténose oedémateuse presque totale, douleurs ++.

Antécédents : nuls.

Pose difficile de la mèche étant donné le degré de la sténose.
Le 27 décembre : aspect inchangé. Mèche.
le 28 décembre : aspect inchangé. Mèche.
le 29 décembre : aspect inchangé. Mèche.

Remarque : Le VOSOL n'ayant pas eu sa rapidité d'action habituelle, nous avons posé 3 mèches au nitrate d'argent et obtenu la guérison.

Obs. 3 - Mme THA..., 65 ans, consulte le 10 avril 1961 pour otalgie droite et prurit.

A l'examen, otite externe diffuse avec lésions inflammatoires ++ entraînant une sténose modérée du conduit. Sérosité inodore.

Antibiogramme et examen bactériologique : Bacilles Gram négatif résistant à tous les antibiotiques.

Nettoyage + mèches.
Le 11 avril, amélioration sensible.
Le 12 avril, guérison.

Obs. 4 - M. GUL..., 10 ans. Sa mère s'adresse à nous parce qu'il se plaint de l'oreille gauche, à la suite de tentatives intempestives d'introduction d'allumettes dans le conduit.

A l'examen : Otite externe diffuse avec lésions très inflammatoires. Ecoulement inodore. Prurit.

Examen bactériologique : Streptocoque.
Nettoyage + mèche au VOSOL.

Le lendemain : Disparition de la gêne. Diminution des phénomènes inflammatoires.
Le surlendemain : aspect normal du conduit.

Obs. 5 - Mlle NAS... Irène, 30 ans. Consulte pour une hypoacousie bilatérale, avec prurit et légères douleurs, le 9 janvier 1962.

L'examen révèle, après ablation du bouchon de cérumen bilatéral, une otite externe diffuse. L'aspect inflammatoire est peu important.

Une mèche imprégnée de VOSOL est mise en place.

La malade est revue le 11 janvier 1962 : à droite, la guérison est obtenue, mais il persiste un prurit à gauche.

Le 16 janvier, on note une légère amélioration.
Le 18 janvier, la guérison bilatérale est obtenue.

A chaque consultation, une mèche a été introduite et des instillations prescrites en dehors des consultations.

Obs. 6 - M. MON..., 38 ans, est venu consulter pour une otite externe droite, le 9 janvier 1962.
Dès le premier examen, le conduit est très oedématié, avec d'abondantes sérosités. Les douleurs sont très vives, en particulier à la mastication, le sommeil impossible. Il existe une importante lymphangite péri-auriculaire : Mèche.

Le 10 janvier, importante diminution des douleurs et de l'oedème.
Le 15 janvier, guérison.

Obs. 7 - M. SAVE... Camille, 79 ans. Ce malade, suivi et traité dans le Service pour une tumeur maligne ethmoïdo-maxillaire, a présenté une otite externe diffuse, avec oedème très important et sérosités discrètes malodorantes.

Le 27 janvier 1962 : Mèche.
Le 29 janvier, grosse amélioration. Nouvelle mèche.
Le 30 janvier, guérison.

Obs. 8 - Mme FLE... Marie, 46 ans. Présente, dans ses antécédents, de nombreuses otites externes.
Vient le 10 février pour une nouvelle otite externe diffuse, survenue après le nettoyage du conduit avec une allumette. On note des douleurs, l'aspect inflammatoire est assez important.

Une mèche est mise en place; des instillations prescrites.
Le 13 février 1962, guérison.

Obs. 9 - Mme JAC..., 51 ans, consulte le 24 mars 1961 pour une otite externe diffuse gauche, secondaire à des manoeuvres de grattage.

Douleurs, aspect inflammatoire, sérosité malodorante.
Nettoyage + mèche.
Le 25 mars : aspect local très amélioré, douleurs très diminuées. Mèche.
Le 26 mars : Guérison.

RESULTATS :

83 % de guérisons
- en moins de 4 jours .... 17 soit 70 %
- en plus de 4 jours ..... 7 soit 30 %

17 % d'échecs 5

Total 29

B - ECZEMA AIGU DU CONDUIT

Obs. 1 - Mme QUI..., 49 ans, consulte le 20 mars 1962 pour un eczéma aigu du conduit, suintant, prurigineux du côté droit.

Antécédents : asthme, eczéma du visage, oedème de Quincke.
Nettoyage + mèche.
Le 21 mars : pas d'amélioration. Mèche.
Le 22 mars : idem. Mèche.
Le 23 mars : aucune amélioration.

Remarque : Echec du VOSOL sur cet eczéma aigu qui a cédé difficilement au nitrate d'argent.

Obs. 2 - Mme BRE..., 40 ans, consulte le 9 mars 1962 pour un eczéma aigu du conduit droit, avec douleurs ++, inflammation ++, prurit, suintement.

Antécédents : oedème de Quincke.
Nettoyage + mèche.
Le 10 mars : régression quasi totale des phénomènes inflammatoires. Mèche.
Le 11 mars : guérison

Obs. 3 - Mme SAU..., 73 ans, consulte le 21 décembre 1961 pour un eczéma des deux conduits avec suintement ++, douleurs, accompagnant un eczéma des pavillons et rétro-auriculaire.

Antécédents : Eczéma des pavillons depuis des années, cédant à la pâte à l'eau. Quant à l'eczéma des conduits, la malade ne s'en est jamais soucié.
Nettoyage + mèche. Attouchements de chaque pavillon avec du VOSOL.

Après 4 jours de traitement, nous avons été obligés d'abandonner le traitement au VOSOL qui ne paraissait pas nous donner les résultats attendus dans les délais habituels.

Obs. 4 - M. ARN..., 47 ans, consulte le 24 avril 1961 pour otalgie et prurit.

A l'examen : eczéma aigu avec téguments du conduit et du pavillon rouges et luisants, surface suintante; petites croûtelettes.

Antécédents d'urticaire.
Nettoyage + mèche au VOSOL + application sur le pavillon.
Le 25 avril : amélioration.
Le 26 avril : guérison.

Obs. 5 - Mme RAT..., 51 ans, consulte le 17 février 1962 pour un eczéma du conduit suintant et très prurigineux.

Antécédents : Asthme et urticaire.
Mèche + instillations.
Le 20 février : très grosse amélioration.
Le 22 février : guérison.

Obs. 6 - M. BOU..., 47 ans consulte pour un eczéma aigu du conduit, secondaire à des manoeuvres de grattage.

Antécédents : coryza spasmodique.
Mèche imprégnée de VOSOL.
Le 2 mars : grosse amélioration
Le 3 mars : guérison.

RESULTATS :

64 % de guérisons

- en moins de 4 jours .... 5 soit 70 %
- en plus de 4 jours ..... 2 soit 30 %

36 % d'échecs 4

Total 11

C - ECZEMA CHRONIQUE DU CONDUIT

Obs. 1 - M. OUD..., 36 ans. Consulte le 24 mars 1961 pour un eczéma chronique datant de plusieurs mois, se manifestant surtout par un prurit persistant.

Antécédents : Asthme.
Nettoyage + mèche.
Le 25 mars : disparition du prurit. Mèche.
Le 26 mars : aspect local normal. Guérison.

Obs. 2 - Mme LAN..., 43 ans, consulte le 11 février 1961 pour un eczéma chronique du conduit gauche existant depuis plusieurs mois pour lequel elle n'a jamais consulté et qui se réduit à un prurit discret et une fine desquamation.

Antécédents : eczéma du visage, urticaire, oedème de Quincke, déclenchés en particulier par la pénicilline ou la streptomycine.
Nettoyage + mèche.
Le 12 février : prurit persistant. Aspect local inchangé. Mèche.
Le 13 février : idem. Mèche.

Remarque : Echec du VOSOL sur cet eczéma chronique qui a régressé avec des mèches imprégnées de nitrate d'argent.

Obs. 3 - Mme LOE..., 60 ans, consulte le 25 janvier 1961 pour un eczéma chronique du conduit droit, rebelle à tous les traitements prescrits, mais restant discret, limité à du prurit et à une fine desquamation.

Antécédents : Eczéma rétro-auriculaire. Asthme. Urticaire.

Nettoyage + mèche.
Le 26 janvier : aucune amélioration. Mèche.
Le 27 janvier : prurit diminué. Mèche.
Le 28 janvier : prurit disparu. Conduit d'aspect normal. Guérison.

Obs. 4 - M. CLE..., 27 ans, consulte le 31 décembre 1960 pour un eczéma chronique avec prurit discret, desquamation très marquée.

Antécédents : cet eczéma chronique persiste depuis des mois, rebelle à tous les traitements. Fréquentes poussées d'eczéma au niveau du visage. Ancien tuberculeux pulmonaire.
Nettoyage + mèche.
Le 3 janvier : aucune amélioration. Mèche.
Le 4 janvier : aucune amélioration. Mèche.
Le 5 janvier : aucune amélioration.

Remarque : Echec du VOSOL sur cet eczéma chronique qui a, par contre, disparu avec des mèches imbibées de nitrate d'argent.

Obs. 5 - M. SLK..., 48 ans, consulte le 17 décembre 1960 pour un eczéma chronique bilatéral avec prurit, desquamation.

Antécédents : Cet eczéma existe depuis plusieurs mois, rebelle à tous les traitements locaux (en particulier néomycine-hydrocortisone).

Nettoyage + mèche.

Le 18 décembre : le prurit a diminué. Mèche.

Le 19 décembre : prurit disparu. Guérison.

Obs. 6 - M. ALL..., 82 ans, consulte le 19 décembre 1960 pour un eczéma chronique du conduit gauche, avec prurit très marqué.

Antécédents : Cet eczéma est apparu depuis 18 mois, régressant à chaque fois sous corticothérapie locale, mais récidivant dès l'arrêt du traitement. Cardiaque.

Nettoyage + mèche.

Le 20 décembre : le prurit persiste. Mèche.

Le 21 décembre : prurit diminué. Mèche.

Le 22 décembre : Guérison.

Remarque : Le malade n'est jamais revenu consulter. On peut en déduire que cette fois la guérison de son eczéma chronique par le VOSOL a été durable.

Obs. 7 - Enf. LE..., 6 ans, eczéma chronique.

On note en janvier 1961, au niveau des deux oreilles, une desquamation importante, sans inflammation notable, faisant penser à un eczéma sec chronique.

Une seule mèche largement imbibée, laissée pendant deux jours dans chaque oreille, a permis de diminuer considérablement cette desquamation et favorisé l'examen O.R.L. qui révèle deux tympans normaux.

Une deuxième mèche dans chaque oreille, laissée encore deux jours permet d'obtenir la guérison : le conduit était alors normal.

Ici, l'action du VOSOL a été rapide et très nette.

Obs. 8 - M. MOU..., 33 ans, consulte le 25 avril 1961 pour prurit du conduit depuis un mois.

A l'examen, eczéma chronique avec desquamation très fine.

Antécédents : Rien à signaler.

Nettoyage + mèche au VOSOL.

Le 26 avril 1961 : disparition du prurit.

Le 27 avril : conduit d'aspect normal. Guérison.

Obs. 9 - M. MAR... Roger, 54 ans, consulte le 22 avril 1961 pour prurit discret mais tenace du conduit.
A l'examen : aspect d'eczéma chronique. Lésions très discrètes.

Antécédents : Asthmatique.
Nettoyage + mèche au VOSOL.
Le 23 avril : disparition du prurit.
Le 24 avril : conduit d'aspect normal. Guérison.

Obs. 10 - Mme OUD..., 42 ans, consulte le 12 avril 1961 pour prurit persistant depuis 6 mois environ.
A l'examen : eczéma chronique avec lésions très discrètes sur la paroi inférieure du conduit.

Antécédents : coryza spasmodique.
Nettoyage + mèche au VOSOL.
Le 13 avril (soit le lendemain) : disparition du prurit.
Le 14 avril : conduit d'aspect normal. Guérison.

RESULTATS :

76 % de guérisons
- en moins de 4 jours .... 15 soit 93 %
- en plus de 4 jours ..... 1 soit 7 %

24 % d'échecs 5

Total 21

D - FURONCLES DU CONDUIT

Obs. 1 - Mme WRO..., 30 ans, consulte le 7 janvier 1961 pour un eczéma aigu du conduit droit accompagnant un eczéma du pavillon avec suintement ++ et furoncle du conduit gauche, avec adénopathie prétragienne douloureuse.

Antécédents : Long passé d'eczéma des deux conduits. Urticaire.
Nettoyage + mèche.
Le 8 janvier 1961 : les phénomènes inflammatoires en rapport avec l'eczéma aigu à droite ont nettement régressé. A gauche, les douleurs et les phénomènes inflammatoires locaux persistent et même s'accentuent.
Le 9 janvier : à droite aspect normal du conduit.
à gauche, la douleur en rapport avec le furoncle du conduit a encore augmenté. L'adénopathie prétragienne reste extrêmement douloureuse

Le VOSOL n'a semblé avoir aucune action sur l'évolution proprement dite du furoncle du conduit.

Obs. 2 - M. CHA... consulte le 24 mars 1961, cette fois pour un furoncle du conduit droit, extrêmement douloureux, avec adénopathie prétragienne.

Nous avons posé 3 mèches, trois jours de suite, sans aucun résultat ni sur l'aspect local, ni sur les phénomènes douloureux.

Ces deux échecs appellent la remarque suivante :

Le VOSOL ne semble pas avoir eu d'action sur l'élément dermique et sous-dermique du furoncle à son début, mais par contre a paru, au moment de son ouverture dans le conduit, éviter l'ensemencement microbien du conduit.

4°) Action du VOSOL dans les réactions du conduit auditif externe secondaires à une otorrhée chronique.

L'étude a porté sur 11 cas.

Obs. 1 - Mme M.R..., 49 ans, consulte le 25 décembre 1960 pour une otite externe droite secondaire à un écoulement chronique, avec prurit, douleurs, suintement.

Antécédents : Très nombreuses otites externes secondaires à un écoulement chronique (les traumatismes répétés dans un but de nettoyage y jouent un rôle ++=. Ces épisodes régressaient avec un traitement local (néomycine hydrocortisone). Mais récidives très nombreuses.

Remarque : Là encore, le VOSOL, en même temps que la guérison de l'otite externe, a entraîné un assèchement de la caisse.

Mais nous avons vu la malade revenir 10 jours après pour une nouvelle apparition de l'écoulement, accompagné d'une nouvelle otite. Le VOSOL a encore entraîné et la guérison de l'otite externe, et l'assèchement de l'écoulement.

Obs. 2 - Mme M.R... (2ème observation) revient consulter le 21 février 1961 pour une otite externe, à l'occasion d'un nouvel écoulement très fétide.

Comme la première fois, cette otite externe a cédé après trois jours de traitement, de même que l'écoulement s'est tari. Mais répétons-le, nous avons revu cette malade pour de nombreuses récidives.

Obs. 3 - M. ROU..., 24 ans, consulte le 17 janvier pour otite externe diffuse secondaire à une otite chronique avec écoulement fréquent. L'examen montre d'ailleurs un polype.

Antécédents : Otite chronique ayant justifié, en 1960, un évidement PM gauche. Ablation du polype + nettoyage + mèche.

Le 18 janvier : le conduit présente encore un aspect très inflammatoire, entretenu par un écoulement discret, peu odorant. Mèche.

Le 19 janvier : l'écoulement a cessé. Amélioration de l'état inflammatoire du conduit.

Le 20 janvier : Cavité d'évidement sèche. Conduit d'aspect normal. Guérison.

Obs. 4 - M. MAV..., 36 ans, consulte le 2 avril 1961 pour otalgie droite. L'examen montre une otite externe secondaire à un écoulement chronique.

Antécédents : otite chronique droite.
Examen bactériologique : bacilles Gram négatif.
Antibiogramme : sensibles à la plupart des antibiotiques habituels.
Nettoyage du conduit + mèche.
Pas d'amélioration après 4 jours de traitement. On poursuit. L'amélioration s'amorce vers le 7ème jour.
Guérison vers le 10ème jour : tarissement de l'écoulement.

Obs. 5 - Mme CHA..., 30 ans, consulte le 10 décembre 1960 pour un eczéma des deux conduits avec douleurs, prurit, oedème. On notait un écoulement bilatéral et profus dû à une otite chronique bilatérale.

Antécédents : évidement PM gauche en 1955. Très nombreux épisodes d'eczéma localisé au conduit auditif externe et aussi ailleurs (visage, tronc).

Après nettoyage des conduits et pose d'une mèche imbibée de VOSOL le 11 décembre, diminution de la sténose oedémateuse, surtout à droite. Nouvelle mèche.

Le 12 décembre, l'amélioration se poursuit. Mèche.

Le 13 décembre, assèchement de la caisse à gauche. Tarissement de l'écoulement. Guérison.

Obs. 6 - Mme CHA... (2ème observation) consulte à nouveau le 7 janvier 1961 pour un eczéma aigu du conduit gauche secondaire à l'administration d'antibiotiques per os prescrits en ville pour lutter contre la réapparition de l'écoulement.

La malade a été hospitalisée. Pendant la durée de l'hospitalisation, une mèche au VOSOL fut appliquée dans les deux conduits. L'eczéma céda rapidement. Par contre, on a obtenu qu'une diminution de l'écoulement.

RESULTATS :

Guérison de l'otite externe et assèchement de l'otorrhée ..... 3 cas soit 27 %

Guérison de l'otite externe et amélioration de l'otorrhée ..... 3 cas soit 27 %

Guérison de l'otite externe sans modification de l'otorrhée chronique ..... 5 cas soit 46 %

Remarque : Sans vouloir prétendre recommander le VOSOL dans le traitement de toutes les otites chroniques suppurées, nous avons été heureux de constater, dans un certain nombre de cas, que le traitement avait amené, outre la guérison de l'otite externe, l'arrêt de l'écoulement.

o

o o

Quelques remarques se dégagent de cette étude clinique :

- Le VOSOL présente une rapidité d'action remarquable. Plus de 70 % des guérisons ont été obtenues en moins de 4 jours.
- La plupart des cas que nous signalons comme échecs sont la conséquence probablement et en partie d'un traitement volontairement interrompu après le laps de temps au bout duquel nous étions habitués à obtenir des résultats.
- Le VOSOL, dans ces derniers cas, a semble-t-il influencé la rapidité d'action de la thérapeutique de remplacement.
- Le VOSOL n'entraînant ni modification du conduit, ni sensibilisation, permet l'emploi de tout autre traitement de suppléance ou de remplacement.
- Enfin, en cas de récidive, l'expérience nous a montré que son pouvoir thérapeutique n'était pas affaibli et qu'il restait efficace.

o

o o

PROPHYLAXIE DES OTITES EXTERNES PAR LE VOSOL

C'est une des propriétés les plus intéressantes du VOSOL. Il est évident que des préparations contenant des antibiotiques ou des stéroïdes ne peuvent être utilisées de façon préventive, leur emploi favoriserait la sensibilisation et le développement de souches résistantes. Le VOSOL par contre peut être utilisé quotidiennement en conservant son efficacité et en assurant une protection suffisante.

Une instillation journalière a réduit la fréquence des otites externes dans une colonie de 600 guides de 20 à 1 cas.

C O N C L U S I O N S

Nous avons expérimenté dans le traitement des otites externes, une solution otologique, mélange d'acide acétique, de propylène glycol, de diacétate de 1,2 propanediol et de chlorure de benzéthonium.

Cette solution nous a semblé présenter un certain nombre de propriétés :

- solution limpide et propre, qui ne colore pas les téguments.
- hygroscopique et acide (pH dilué dans l'eau à 50% = 3), elle rétablit le milieu physiologique du conduit auditif externe.
- Largeur du spectre d'action bactérien et fongique.
- Rapidité d'action.
- Absence absolue de toxicité et tolérance parfaite par les téguments.

Des résultats favorables ont été obtenus :

- Dans 83 % des cas d'otite externe diffuse.
- Dans 64 % des cas d'eczéma aigu.
- Dans 76 % des cas d'eczéma chronique.
- Dans les réactions du conduit auditif externe, nous avons constaté, outre la guérison de l'otite externe, dans 54 % des cas, la diminution ou l'arrêt de l'écoulement.

Au terme de cette étude, elle nous semble constituer une arme efficace dans le traitement local des affections auriculaires et dans la prophylaxie des otites externes.

B I B L I O G R A P H I E

(par ordre chronologique).

1.- GREEN et AL. : Bull. N. F. Comm., 11 : 91, 1943
2.- LORBER V. : Am. J. Physiol., 45 : 557, 1946
3.- LUDWIG F.E. : Surgery, 19 : 486, 1946
4.- LUDWIG F.E. : Surgery, 19 : 492, 1946
5.- OWEN C.R. : J. Bact., 52 : 353, 1946
6.- FABRICANT & PERSTEIN M.A. : Arch. Otolaryng. 49, 201 - 209, 1949
7.- GLASSMEN H.N. : Bact. Rev. 12 : 105 - 148, 1948
8.- BLOCH K. : Physiol. Rev. 27 : 574, 1949
9.- OCHS I.L. : JAMA, 142 : 1361 - 1362, 1950
10.- OCHS I.L. : Arch. Otolaryng. 52 : 935 - 941, 1950
11.- FABRICANT N.D. : AMA Arch. Otolaryng.,65 : 11 - 12, 1957
(le facteur pH dans le traitement de l'otite externe).
12.- EXTERNEL & MIDDLE : Ear Infections, Editorial, JAMA, 171 : 554, 1959
13.- OCHS I.L. : Médical Times, Mai 1960
14.- KREMER W.F. : Western Médicine, 2 - 12, 1961
15.- KREMER W.F. & OCHS I.L. : The Practitioner : 181 - 189 - 191, 1961
16.- BEN H. JENKINS : JAMA, 175 : 042 - 404, 1961.
17.- OCHS I.L. : Voir références otolaryng. général practice.
18.- Encyclopédie Médico-chirurgicale ORL, t.1, 20.070
19.- PIALOUX : Vosol : Etude clinique (clinique O.R.L., Hôpital Lariboisière)
20.- PEROZ, CLIN & collab. : Vosol, Etude clinique (Service O.R.L., Centre hospitalier de Montfermeil).
21.- BENOIS : Traitement des otites externes et des eczémas du conduit auditif externe par le Vosol.
22.- LECHAT : Compte rendu des essais physiologiques effectués sur la solution Vosol (Institut de Pharmacologie, Faculté de Médecine de Paris).
23.- Etude des Activités anti-bactériennes et antifongiques du Vosol. (Faculté de Pharmacie de Paris).

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

VU : le DOYEN
Léon BINET.

VU : le Président
Professeur AUBRY

VU et PERMIS D'IMPRIMER
Le Recteur de l'Académie de Parie
J. ROCHE